

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL GIBARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Boussac-Bourg (Creuse), le 10 Février 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS ARTICULAIRE

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Gl.

1881

1881

LE DOCTEUR EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL GIBARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Boussac-Bourg (Creuse), le 10 Février 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS ARTICULAIRE

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J-L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique prophéneutique.	SERGEANT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri) . . .	Chimie biologique.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale	LE LORIER	Obstétrique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale
CHIRAY	Pathologie médicale	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRÉ	Hygiène.	PHILIBERT	Bactériologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE	Anatomie.
FIESSINGER	Pathologie médicale	STROHL	Physique médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.	VILLARET	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERER	Histologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBG-JLLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LŒPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOPITAL DE LIMOGES

ET EN PARTICULIER

AU DOCTEUR THOUVENET
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MON PREMIER MAÎTRE DANS LES HOPITAUX

*Dont l'enseignement si vivant exerça
une grosse influence sur mes études
médicales et dont je garde un
souvenir reconnaissant.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR RUDAUX

ACCOCHEUR DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR DESMARET

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR MAINGOT

CHEF DU LABORATOIRE DE RADIOLOGIE

DE L'HOPITAL LAËNNEC

A MON MAITRE ET AMI

M. LE DOCTEUR JUDET

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES

Qui nous a fourni les éléments de ce travail. Nous sommes heureux d'exprimer notre immense gratitude pour les bons soins dont il nous a entouré, pour la grande affection et pour les encouragements qu'il n'a cessé de nous donner depuis le début de nos études médicales.

Avant-Propos

Au cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion de suivre à la clinique de Chirurgie osseuse et d'Orthopédie du Docteur Judet, un certain nombre d'arthrites chroniques syphilitiques. Nous avons été frappé de la grande difficulté que le clinicien rencontre pour distinguer les différentes arthrites chroniques. Nous avons vu en particulier **qu'il y** avait une importance énorme à ne pas s'engager à la légère dans l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse.

Le traitement des arthrites tuberculeuses engage, en effet, gravement l'avenir des malades; il comporte une immobilisation sévère et de longue durée. Avant d'imposer cette thérapeutique, il importe que le diagnostic soit mûrement établi et ne laisse place à aucun doute. En particulier, il faut bien savoir que la syphilis peut donner des manifestations articulaires qui ressemblent de très près aux manifestations de la tuberculose.

Ainsi que l'on pourra s'en rendre compte par la lecture de nos observations, cette erreur a été commise fréquemment. Elle a eu des conséquences sérieuses, quelquefois même irrémédiables (dans une

observation de M. Judet, une résection du genou avait été faite antérieurement).

Ces observations au nombre de 12, dont 11 inédites, appartiennent toutes à la pratique de notre maître et ami M. Judet. Comme elles constituent la base de notre travail, nous les avons réunies dans le chapitre premier.

Nous indiquons ensuite la place que viennent occuper nos observations dans ce cadre.

Dans le chapitre II nous donnons un court aperçu de la syphilis articulaire en général.

CHAPITRE I

Observations

Dans les lignes qui vont suivre nous rapportons douze observations de syphilis articulaire, toutes inédites, sauf l'observation V.

OBSERVATION I

Hydarthrose chronique douloureuse du genou guérison par le traitement spécifique. Inédite : D^r Judet).

Mme D..., 43 ans. Très bonne santé habituelle. Aucun antécédent spécifique avéré.

A commencé à souffrir du genou droit en avril 1923, et a été soignée pour arthrite rhumatismale.

Elle a consulté à l'hôpital St-Louis où une analyse du sang aurait été négative.

Malgré l'administration de salicylate de soude et des médicaments anti-rhumatismaux usuels, l'affection s'aggrave : l'articulation augmente notablement de volume les douleurs sont vives surtout la nuit. Au prix de grands efforts, la malade continue à exercer sa profession pourtant pénible, de tailleur pour homme.

3 octobre 1923 : Cinq mois après le début de l'affection :

Nous constatons un gonflement énorme du genou, la ponction nous permet de retirer 140 grammes de liquide citrin. La palpation de la synoviale, devenue facile après cette évacuation, ne montre aucun épaissement notable.

Il existe un point douloureux au niveau de la tubérosité interne du tibia.

L'examen radiographique du genou face et profil ne montre aucune lésion.

Nous prescrivons à titre d'essai un traitement mercuriel par suppositoires (un « supargyre Faucher » tous les soirs).

Le 20 novembre, après 2 suppositoires, il n'y a aucun résultat ; le liquide a tendance à se reproduire.

Le 4 décembre : Après 30 supargyres l'amélioration est considérable. les douleurs de nuit ont disparu, les douleurs pendant la marche se sont atténuées ; le gonflement a énormément diminué ; l'épanchement a disparu. Le point douloureux tibial persiste.

Le 16 janvier 1924 : Après 22 injections sous-cutanées de sulphydrargyre du Laboratoire Dausse, l'amélioration s'est maintenue et a même progressé : plus de douleur ni le jour ni la nuit ; le point douloureux tibial a disparu, le liquide est complètement résorbé, la synoviale n'est pas épaissie.

Il persiste une grande atrophie du quadriceps au point que la malade ne peut se lever quand elle est accroupie.

Nous prescrivons 20 injections sous-cutanées de 0 gr. 20 de métarséno-benzol en quarante jours.

Le 12 mai 1924 : La guérison est complète et s'est maintenue depuis.

OBSERVATION II

Hydarthrose chronique indolente du genou. Syphilis avérée. Guérison par le traitement anti-syphilitique (Inédite : D^r Judet).

M... E..., 38 ans.

Bonne santé habituelle. Syphilis en 1912, à l'âge de 26 ans, traitée à peu près régulièrement depuis 1918, toutefois aucun traitement depuis 1 an $\frac{1}{2}$.

Jamais de grossesse ni de fausse couche.

Aucun accident spécifique, autre que le chancre initial et des plaques muqueuses.

En octobre 1923. A l'occasion d'une flexion brusque du corps en avant, douleur vive au creux poplité droit et, quelques jours plus tard, ecchymose postérieure (rupture d'une varice).

Un mois plus tard gonflement du genou droit.

En septembre 1924. Vésicatoire sur le genou, puis quelques jours après pointes de feu. Deux ponctions à 15 jours d'intervalle, retirent 30 à 40 gr. de liquide citrin. Compression et repos relatif : amélioration.

En juin 1924. Récidive ; nouvelles ponctions et nouvelles pointes de feu : nouvelle amélioration qui dure jusqu'en novembre 1924. A ce moment l'hydarthrose reparaît : le médecin traitant songe sérieusement à un début de tumeur blanche et nous conduit la malade.

24 décembre 1924. Le genou est globuleux, avec choc rotulien ; ponction : 90 cc. de liquide citrin.

La synoviale est épaissie mais modérément ; pas de point osseux cliniquement appréciable.

La radiographie, ne montre aucune lésion. Les douleurs tant au repos que pendant la marche sont faibles.

Traitement. Pendant un mois la malade reçoit 10 injections intra-musculaires de bismuthoïdal. Durant ce

même laps de temps, le genou est immobilisé dans une gouttière plâtrée.

25 janvier. Le genou est sec, la synoviale moins épaisse.

On prescrit 24 supargyres Faucher et on commence le massage et la mobilisation du genou.

20 octobre 1925: La guérison est complète. La malade continue à faire tous les 3 à 4 mois une médication antisypilitique (alternativement suppositoires mercuriel et bismuthoïdol).

Il nous semble évident que c'est grâce à cette thérapeutique que le genou doit son retour persistant à l'état normal.

OBSERVATION III

Hydarthrose du genou chez un enfant hérédo-syphilitique (Inédite : Dr Judet).

D... Bertrand, 9 ans.

Né à terme. Nourri au sein par sa mère.

A l'âge de 4 mois, crise d'albuminurie avec urémie pendant 2 mois ; typhoïde à l'âge de sept ans.

Fin mars 1923, gonflement et douleur au niveau du genou droit.

Quinze jours plus tard : kératite intersticielle double (lésion qui, comme on le sait, constitue une véritable signature d'hérédo-syphilis).

Traitement (par le médecin ophtalmologiste Dr Onfray) : 18 piqûres sous-cutanées de 0 gr. 15 néo-salvarsan et 40 jours de friction avec 2 gr. d'onguent napolitain, puis 3 flacons d'Elixir Deret. Au bout de ce traitement les localisations oculaires sont très améliorées; la lésion du genou paraît stationnaire.

Le 25 juillet 1925. Hydarthrose qui, ponctionnée, fournit un verre à Bordeaux de liquide citrin.

Radiographie : l'aspect de face et de profil est normal.

Le traitement mercuriel est continué pendant un mois (friction Hg tous les 2 jours, une cuillerée à soupe d'Elixir Deret intercalaire) ensuite 24 suppositoires à l'arséno-benzol (Laboratoire Corbière).

9 janvier 1924. La guérison du genou est complète, les yeux sont redevenus normaux sauf un léger nuage à gauche sur la cornée.

OBSERVATION IV

Synovite fongueuse du genou. Réaction de Bordet-Wassermann fortement positive. Guérison par le traitement antisypilitique (Inédite : D^r Judet).

Mme M..., 33 ans.

Depuis septembre 1922, douleur et gonflement au niveau du genou gauche pour lesquels un spécialiste qualifié a jugé utile l'immobilisation prolongée dans un plâtre.

5 mai 1923. La malade nous est adressée pour avis par le D^r Deschamps (de Paris). Le genou est globuleux, la synoviale est épaissie notamment à la partie externe du cul-de-sac supérieur où il existe une plaque assez dure, douloureuse à la pression, ressemblant assez bien à des fongosités tuberculeuses mais mieux limitée. Il n'y a rien au côté interne de l'articulation.

Le quadriceps est atrophié.

La flexion est limitée à 90°, l'extension est complète.

La radiographie ne montre rien autre qu'un peu de décalcification des extrémités articulaires.

Antécédents : Bonne santé habituelle. Mariée depuis

1010. Ecoulement d'oreille en 1011 et en 1017. Deux fausses couches de 1 mois $\frac{1}{2}$ en 1911 et en 1919.

Le Bordet-Wassermann et le Hecht sont positifs : intensité très forte (D^r Letulle fils, Laboratoire Lesure).

Traitement : 10 injections sous-cutanées de métarsénobenzol à doses croissantes de 0 gr. 10 à 0 gr. 60 cgr, puis 48 supargyres Faucher à raison de 1 par jour et deux flacons d'Elixir Deret.

Amélioration rapide : les fongosités fondent comme neige au soleil.

Octobre 1923 : La guérison est complète, la néo-formation synoviale s'est résorbée complètement.

Nous avons reçu récemment des nouvelles de cette malade (octobre 1925), la guérison se maintient sans qu'il ait été fait de nouveau traitement antisypilitique.

OBSERVATION V

Synovite fongueuse bi-latérale chez un hérédo-syphilitique (Observation du D^r Judet déjà publiée à la Société d'internat des Hôpitaux de Paris en novembre 1907).

Mlle F..., 18 ans.

Malade ayant été traitée pendant 9 ans pour tumeur blanche des deux genoux.

Nous voyons cette jeune fille pour la première fois en novembre 1907, pour une énorme scoliose. L'attention est de suite attirée par une très forte boiterie pouvant influencer la déformation du dos et l'on apprend : que depuis 1899 cette enfant est atteinte d'une arthrite du genou gauche, que peu de temps après, le genou droit s'est pris à son tour. Cette double arthrite est traitée pendant 3 ans à l'hôpital des Enfants-Malades (service du D^r Brun) par des gouttières plâtrées, des pointes de feu et par les médicaments généraux de la tuberculose.

En 1902, le coude droit se prend, on l'immobilise dans un plâtre (à l'hôpital des Enfants-Malades) et en 3 mois on obtient la guérison par ankylose à angle droit.

La malade va habiter Reims de 1903 à 1907, le même diagnostic de lésion tuberculeuse fut adopté.

En 1904, il se produit une recrudescence de l'arthrite du genou droit, on retire par 2 ponctions du liquide non purulent ; en 1905 un chirurgien fait un grattage du genou et en 1907, un deuxième chirurgien en pratique la résection ; le résultat opératoire est bon en ce sens qu'il y a ankylose rectiligne mais la malade a un raccourcissement de 6 centimètres.

Lors de notre premier examen, en novembre 1907, nous constatons sur le bord antérieur du tibia gauche une *véritable signature de la spécificité* sous forme d'une grande nodosité le 10 cm. de long sur 4 cm. de large. Elle existe depuis longtemps sans tendance à la fistulisation ; elle est très douloureuse à la pression. La malade accuse en plus des douleurs ostéocopes si vives qu'elle s'éveille la nuit en criant. Le genou gauche offre les signes d'une hydarthrose peu tendue. La synoviale présente des bourrelets indurés à sa périphérie ; les mouvements sont remarquablement libres et indolents.

Comme autre stigmat on note un épaissement de l'os frontal au niveau de sa moitié gauche, une exostose au niveau de l'apophyse orbitaire externe du côté droit ; il y a une asymétrie faciale très marquée. Dans les antécédents personnels on note, en 1900, une affection de la mâchoire supérieure qualifiée sinusite maxillaire (?) et ayant amené la chute des 4 incisives.

Le antécédents héréditaires manquent de netteté : la mère est morte d'une affection non caractérisée et le père ne se souvient pas d'avoir eu la syphilis.

La malade traitée par le sirop de Gibert on constate la disparition des douleurs nocturnes dans les jambes, la

nodosité antérieure n'est plus sensible à la pression et le genou gauche va mieux.

OBSERVATION VI

Osthéo-arthrite radio-humérale. Pas de syphilis avérée. Guérison par le traitement spécifique (Inédite. : D^r Judet).

M. G..., 39 ans, caissier.

En janvier 1924, commence à souffrir insidieusement dans le coude gauche, l'affection s'aggrave peu à peu malgré une thérapeutique antirhumatismale.

9 avril 1924, nous constatons : une légère tuméfaction au côté externe du coude ; un point douloureux net correspondant à la tête du radius ; une limitation des mouvements (extension maxima 135°, flexion maxima 70°).

Radiographie : Lésion peu importante mais nette consistant en une petite prolifération du bord antérieur de la capsule radiale.

Antécédents : Très bonne santé habituelle ; oreillons avec orchite en 1916 ; dysenterie avec orchite à Salonique, en 1917 ; blennorragie il y a 2 ans. Marié, un enfant de 8 ans, bien portant, d'une première femme morte de tuberculose pulmonaire ; remarié depuis 5 ans avec une seconde femme. Dit n'avoir jamais contracté la syphilis.

Diagnostic probable : début de tumeur blanche radio-humérale.

Traitement : Avant d'immobiliser, pour un long temps, dans le plâtre, nous faisons pendant trois semaines un traitement d'essai : un verre à liqueur d'Elixir Deret tous les jours et un suppositoire de collobiase de sulfhydrargyre (Laboratoire Dausse) tous les 2 jours.

4 mai 1924. L'amélioration est considérable : ne souffre plus ni spontanément, ni à la pression. La flexion

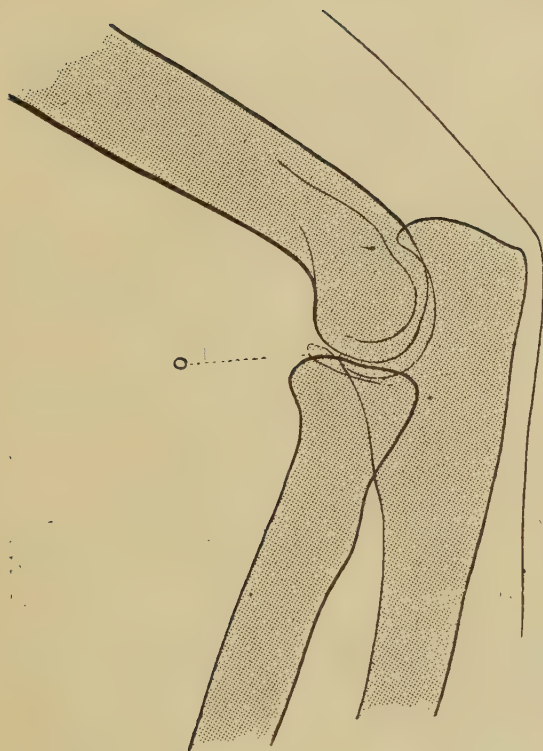


Fig. I. — (Observation 6). — Radiogramme de profil, petite prolifération osseuse o témoignant d'une ostéite radio-humérale.

est complète, l'extension atteint 170°. Le malade continue pendant 3 mois une cure à base d'hydrargyre et de soufre colloïdal : la guérison se complète et ne s'est pas démentie depuis (1).

OBSERVATION VII

Ostéo-arthrite du coude

M. S..., 37 ans.

En 1922, à l'âge de 35 ans, est atteint de néphrite aiguë (12 gr. d'albumine) avec phénomènes urémiques. Est soigné par un médecin des Hôpitaux, qui pratique de nombreuses injections de biodure de Hg.

L'analyse du sang aurait été négative.

En septembre 1922, les phénomènes cardiaques deviennent prépondérants (ventouses, régime lacté, digi-baïne). Pendant 4 mois le malade reste étendu au lit, sa main droite placée en permanence sur son cœur; le coude était donc *immobilisé en flexion*, mais ne paraissait pas malade.

En mai 1924, lorsque le malade se lève, le coude apparaît enraidí en flexion, mais non douloureux.

En février 1924, le coude gonfle rapidement, devient très douloureux, il n'y a pas de fièvre.

Le 7 février 1924. Nous voyons le malade pour la première fois et constatons que le coude est immobilisé en extension à 135°, empâté et douloureux.

Radiographie : Très importantes lésions osseuses : Grande cavité sigmoïde du cubitus ulcéré, irrégulier.

(1) Il manque à cette observation pour être complète la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann. Strictement nous ne pouvons que la classer de la manière suivante : *arthrite chronique radio-cubitale, guérison par la médication mercurielle et sulfureuse colloïdale*. La syphilis est probable, mais non certaine.



FIG. II. — A gauche, radiogramme du coude (profil). A droite, radiogramme du coude (face). Lésions d'ostéo-arthrites :
Ulcération des surfaces articulaires (Observation 7).

Lésion de même ordre du côté de l'humérus où les surfaces articulaires ont perdu leur contour géométrique. Chez ce malade pas de signes de tuberculose pulmonaire.

Dit n'avoir pas eu la syphilis, ni de blennorrhagie.

Kératite d'aspect syphilitique.

Malade revu le 29 juillet 1924, après une cure d'Elixir Dérêt, le coude est toujours gonflé surtout à sa face externe avec menace d'abcès, mais peu douloureux à la pression. Souffre surtout la nuit.

Traitement par supargyre Faucher, 1 tous les 2 jours pendant 40 jours.

Le 10 septembre 1924. Après 5 à 6 supargyre l'albumine ayant augmenté, le malade a été obligé d'interrompre son traitement.

OBSERVATION VIII

Ostéo-arthrite de la trochlée fémorale chez une syphilitique avérée (Inédite : Dr Judet)

Mme R..., 30 ans.

Vigoureuse et bien portante. Spécificité il y a 4 ans (1919).

Souffre du genou gauche depuis 1923.

A eu une hydarthrose, en août 1923, dite rhumatismale pour laquelle elle a fait sans succès une cure à Bourbon-l'Archambault.

20 octobre 1924. Nous constatons uniquement une douleur localisée au-dessus de la rotule et une atrophie notable du quadriceps. Il n'y a ni épanchement dans la synoviale, ni épaissement de cette membrane.

La radiographie : Fort intéressant, montre une zone irritative à la partie supérieure de la trochlée fémorale ; on voit nettement à ce niveau une petite encoche en-

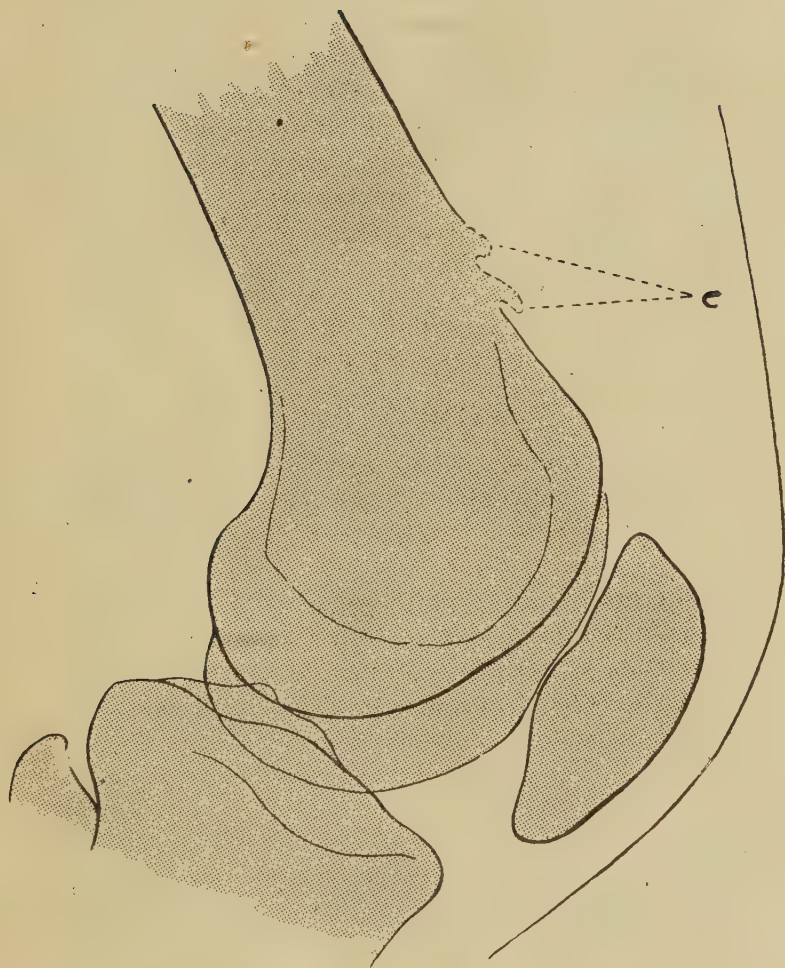


FIG. III. — Radiogramme du genou (profil), ostéite au niveau de la partie supérieure de la trochlée fémorale (Observation 8).

tant la silhouette de l'os et au-dessus une prolifération osseuse de quelques millimètres carrés. Toute cette zone d'ostéite est entourée par une ombre anormale paraissant traduire un épaississement de parties molles.

Traitement par les injections intra-veineuses d'arsénobenzol à doses progressives. Les douleurs s'atténuent sans disparaître toutefois complètement. Un traitement mercuriel consécutif n'a pas été suivi de guérison complète. La malade a été perdue de vue au bout de 6 mois : elle allait sensiblement mieux.

OBSERVATION IX

Arthrite successive des deux genoux considérée à tort comme tuberculeuse. Guérison par l'immobilisation prolongée (Inédite : D^r Judet).

Mlle L..., 6 ans.

Père et mère bien portants sans antécédents spécifiques avérés.

13 juillet 1910. Gonflement et douleur du genou droit, s'établissant brusquement sans fièvre.

Nous voyons la malade pour la première fois, le 20 août 1910, et constatons :

Léger gonflement du genou avec un peu d'épaississement de la synoviale, sans choc rotulien. Le condyle interne est nettement augmenté de volume et présente un point douloureux à la pression. Atrophie marquée de la cuisse.

6 septembre 1910. Après quinze jours d'immobilisation l'état est stationnaire.

Nous permettons la marche pendant 24 heures, ce qui produit une recrudescence manifeste de tous les symptômes.

Ce que voyant, nous portons le diagnostic de *début de tumeur blanche*, et nous agissons en conséquence, c'est-à-dire par immobilisation prolongée du genou. Ce traitement dure un an. Au bout de ce temps l'articulation étant devenue complètement indolore, nous faisons faire une mobilisation prudente de l'articulation, et permettons progressivement la marche. La guérison est complète et le seul reliquat de l'affection est une limitation de la flexion qui ne peut dépasser 90° (mai 1912).

L'état général est bon.

Un an plus tard (mai 1913), le genou gauche se prend à son tour et de la même manière que le genou droit (ce qui nous dispense de le décrire en détail).

L'analyse du sang faite par le Dr Pozerski, de l'Institut Pasteur, donne les résultats suivants :

- 1° Réaction de Wassermann franchement négative.
- 2° Réaction de Bordet-Gengou pour la tuberculose franchement négative.
- 3° Recherche de l'hématozoaire de Laveran : négative.

Nous nous croyons autorisé à appliquer le traitement d'immobilisation prolongée qui a réussi pour le genou droit. Appareils plâtrés successifs pendant un an.

La disparition du gonflement et des douleurs est obtenue au bout de ce laps de temps : la malade recommence marcher et reste en bonne santé pendant de nombreuses années.

Mais en juillet 1923, les nouveaux phénomènes pathologiques apparaissent et jettent un jour nouveau sur tout le passé (voir observation IX bis).

OBSERVATION IX (bis)

(faisant suite à l'observation IX)

*Arthrite tibio-tarsienne droite avec lésions astragaliennes.
Guérison très rapide par le traitement syphilitique
(Inédite : D^r Judet).*

Mlle L..., 17 ans.

Les antécédents de cette malade sont relatés dans l'observation précédente, qui se rapporte au même cas.

En juillet 1921, l'articulation tibio-tarsienne droite gonfle légèrement, sans douleur sauf pendant la marche. Le sujet est pâle, anémié.

Prescription de salicylate de soude et de protoxalate de fer.

Cette affection qualifiée de rhumatismale ne rétrocede pas.

Le 20 septembre 1921, nous faisons l'examen radiographique, ce qui nous permet des constatations intéressantes.

On voit par comparaison avec le côté sain que l'interligne tibio-astragalien est beaucoup moins net et plus étroit.

On note que la partie astragaliennne présente un contour beaucoup moins net que celle du côté sain : la trabéculatation est moins nette et présente ça et là des zones de décalcification.

Sur notre indication le médecin traitant pratique injections de novarséno-benzol. L'effet est remarquable, l'articulation tibio-tarsienne droite cesse d'être tuméfiée, les gouttières malléolaires deviennent libres, les mouvements articulaires sont amples et indolores. Du côté des genoux il semble qu'il y ait également plus de souplesse.

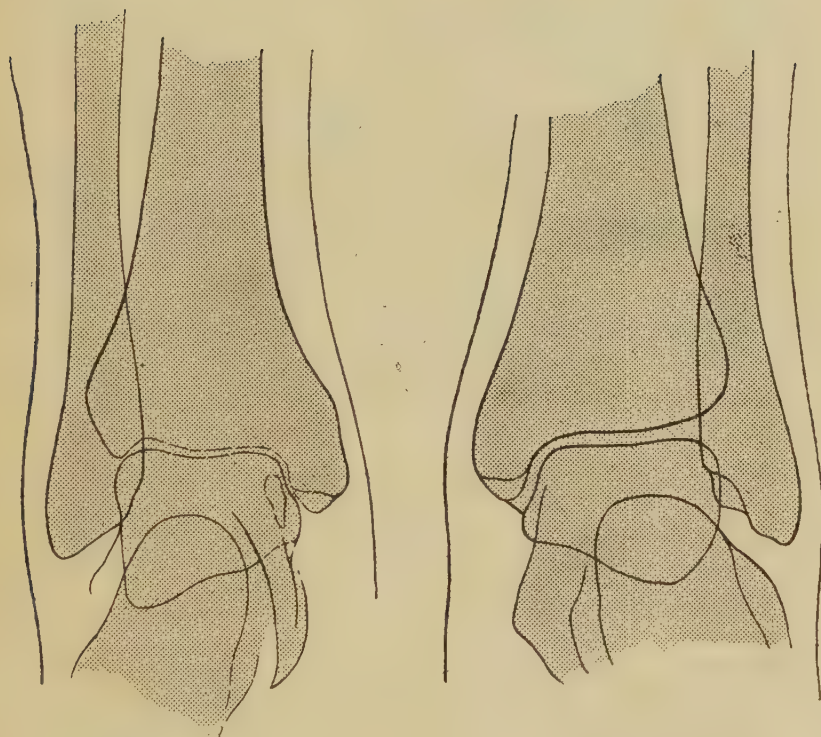


FIG. IV. — Radiographie comparative des 2 cou-de-pied (vue de face).
A droite, rétrécissement et irrégularité de l'interligne, zone de décalcification
de l'Astragale (observation 9^{bis})

Après une cure de 20 jours de sirop Gibert, on fait une nouvelle série d'arséno-benzol.

29 septembre 1921. La guérison de l'arthrite tibio-tarsienne est complète. L'état général a été transformé depuis la 1^{re} série de piqûres, les règles qui avaient disparu sont revenues normales.

En mai 1922. La santé reste parfaite tant au point de vue général qu'au point de vue articulaire.

Le traitement spécifique est continué par intervalle.

En résumé la rapidité d'action de l'arsénobenzol signe le diagnostic de spécificité en ce qui concerne les lésions tibio-tarsiennes.

Il est bien vraisemblable que les hydarthroses du genou soignées deux ans auparavant, comme tuberculeuses étaient, en réalité, d'origine spécifique.

OBSERVATION X

Tumeur blanche fistuleuse du cou-de-pied. Aspect typique de bacillose : en réalité spécificité (Inédite : D^r Judet).

Mme G..., 29 ans.

11 décembre 1922. Cette malade vient nous trouver « au sujet d'une « tumeur blanche du cou-de-pied » pour laquelle elle est en traitement depuis 14 mois. Elle a été immobilisée dans un plâtre pendant 6 mois ; un abcès s'est produit à la face externe du cou-de-pied et nous constatons l'existence d'une fistule en avant de la malléole externe, donnant issue à une petite quantité de pus fluide.

L'examen radiographique montre d'importantes lésions. Dans la structure de l'astragale, la trabéculatation normale a disparu, elle est remplacée par des tâches de

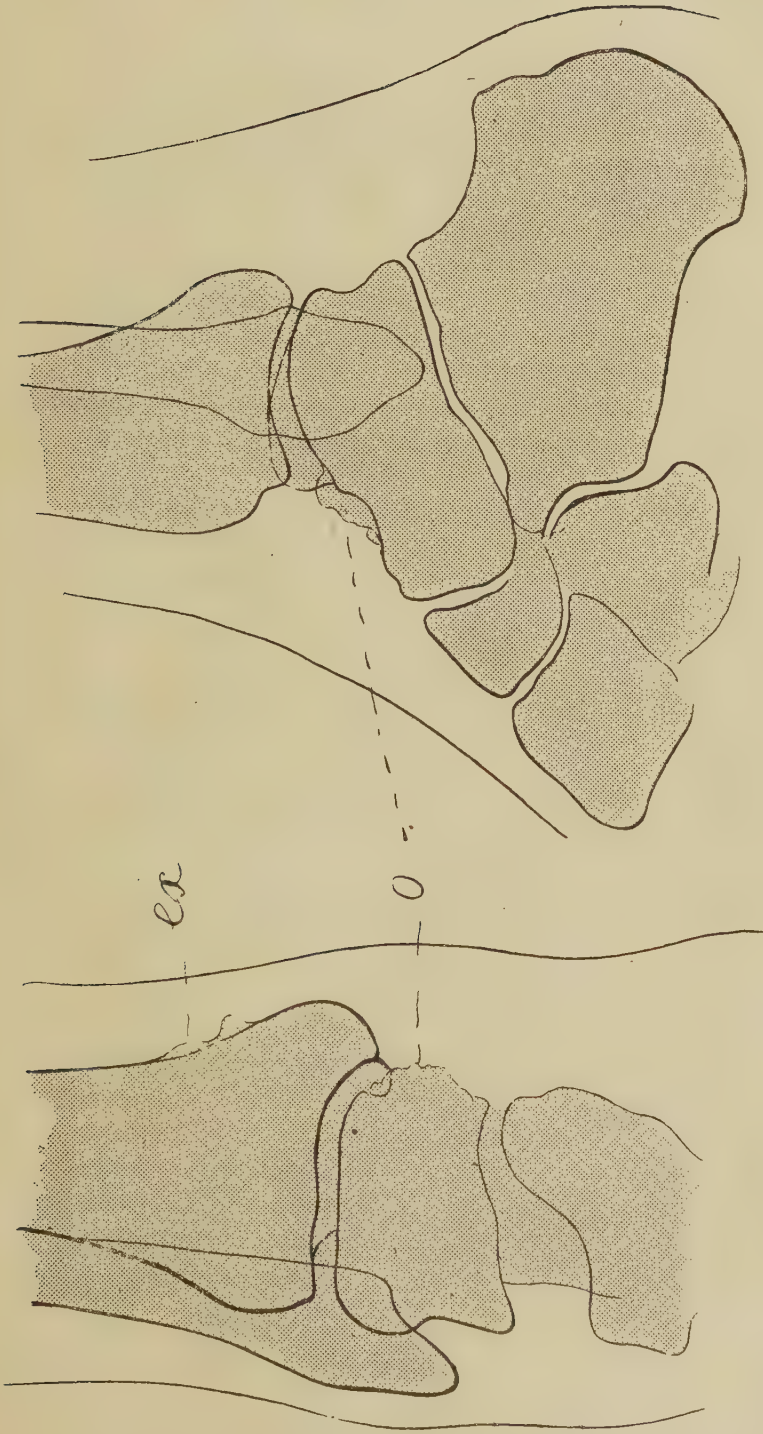


FIG. V. — Radiographie du cou-de-pied ; *ex* : lésions osseuses, sus-malléolaire interne du tibia ; *o* : lésions de l'astragale (Observation 10)

décalcification intense ou peut-être d'inflammation. La forme de l'os est conservée, les surfaces articulaires pour le tibia, pour le scaphoïde et pour le calcaneum sont intactes. Un petit foyer d'ostéite existe au niveau de la malléole interne. Partout ailleurs le tibia est normal de même que le péroné. Le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied paraît très probable, bien que la malade présente un excellent état général et n'a aucun antécédent bacillaire.

Nous proposons l'astragalectomie comme susceptible de débarrasser rapidement la malade de son foyer d'ostéite qui paraît bien localisée à cet os.

Toutefois avant de procéder à cette intervention nous décidons un traitement d'épreuve consistant en l'administration tous les jours d'un supargyre Faucher et de 2 gr. d'iode de potassium.

Après dix jours seulement de cette médication l'amélioration est incontestable.

La malade nous confesse alors des antécédents spécifiques.

L'analyse du sérum (Laboratoire Lesure) montre un Bordet-Wassemann + (intensité très forte) un Hecht + (intensité très forte).

En quatre mois de traitement (supargyre Faucher, Elixir Deret) la guérison du cou-de-pied est complète (juin 1923) et des occupations pénibles peuvent être reprises. Les réactions restent fortement positives et nous conseillons à la malade de se soumettre, sous la direction de son médecin traitant, à une cure à l'arséno-benzol.

OBSERVATION XI

*Arthrite syphilitique chez un tertiaire forme transitoire
entre les arthrites inflammatoires et les arthropaties
(Inédite D^r Judet).*

M. B..., 46 ans.

Bonne santé habituelle.

Marie, 2 enfants bien portants (conçus avant la maladie).

Femme bien portante a fait 2 fausses couches. Vers 18 ans, céphalée persistante et chute des cheveux.

Laryngite il y a 4 ans.

Otite non suppurative, non douloureuse il y a 15 ans, surdité à droite.

Le 28 mars 1924. Le malade nous est adressé par le D^r Lasne-Desvareilles. Nous constatons les lésions suivantes :

1°) Arthrite tibio-tarsienne datant d'un an (gonflement modéré, douleurs vives).

La radiographie montre d'importantes lésions consistant en zones de décalcification étendues.

2°) Ostéite du tiers supérieur du tibia (aspect du tibia de Lannelongue).

3°) Furoncles du dos : en réalité aspect de lésions gommeuses multiples.

Reflexes normaux ; aucun signe d'ataxie locomotrice.

Traitement : Le 31 mars 1924, 0 gr. 03 de métarséno-sacca plus 1 cuillerée à soupe d'Elixir Deret.

Le 2 avril. Amélioration générale, souffre moins la nuit, dort, reprend force et appétit.

Piqure d'iodo-bismuthate Fraisse.

Le 12 mai. — Après 6 piqures une par semaine, amélioration considérable de toutes les lésions : furonculose, ostéite du tibia, cou-de-pied.

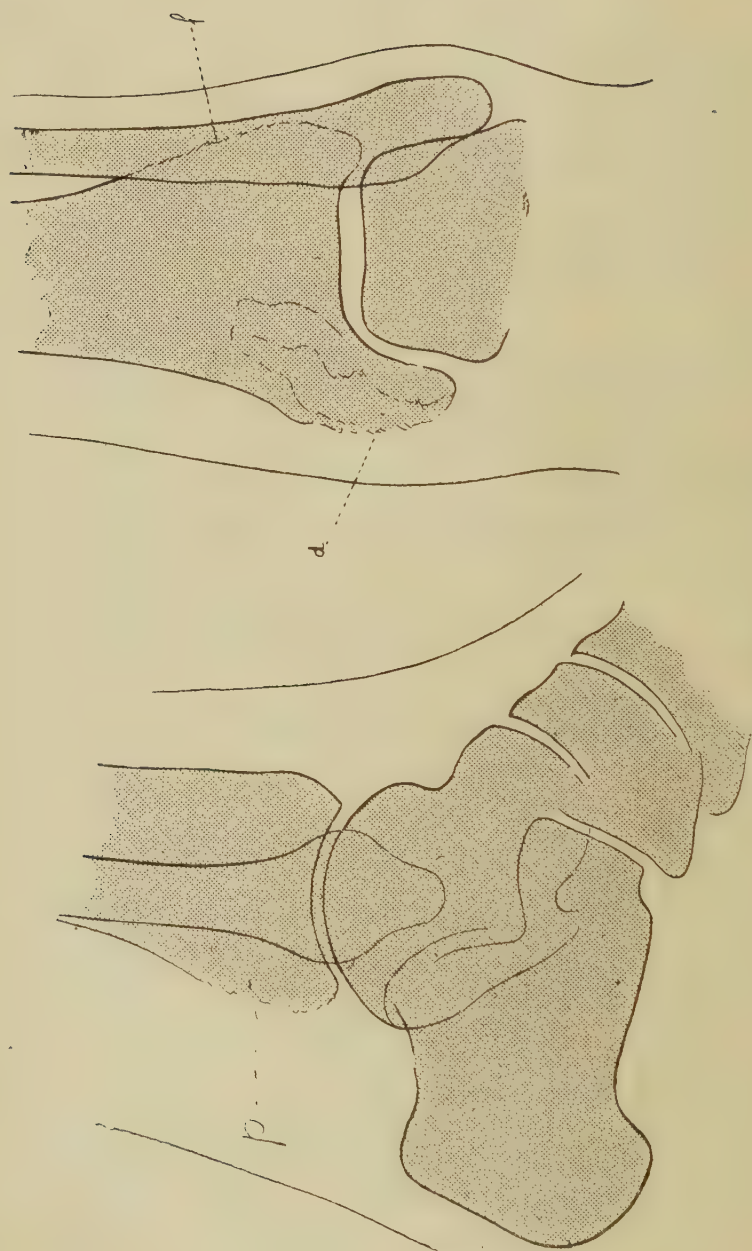


Fig. VI.— Radiogramme du cou-de-pied

A gauche profil : lésion d'ostéite au niveau de la région marginale postérieure.

A droite face : énorme zone de décalcification en *d* ; autre lésion en *f* (Observation 11).

Le 8 septembre 1924. Recommence à souffrir de son cou-de-pied gauche (malléole interne) et également du tibia droit mais moins violemment.

La région de la malléole interne est tuméfiée.

A eu en juillet 25 piqûres d'un sel mercuriel (pas de résultat net).

Le 24 septembre. Vient de faire une série de 12 suparygres Faucher.

Douleurs diminuées mais non disparues 0 gr. 15, métarséno-Sacca.

Fin septembre 1924. — Début d'une série de 8 ampoules de cacodylate de bismuth, plus 2 verres à liqueur d'Elixir Deret.

Le 13 octobre 1924. Se sent mieux depuis 8 jours.

Le 3 novembre 1924. Amélioration mais persistance de la céphalée.

Le 8 novembre. L'arthrite tibio-tarsienne gauche est redevenue douloureuse depuis 5 semaines.

L'ostéite du tibia est toujours améliorée.

Les plaies du dos sont guéries.

Le 14 janvier 1925. Bordet-Wassermann positif intensité forte.

Le 19 janvier 1925. — 30 à 35 centigrammes Sacca.

A souffert davantage depuis un mois, surtout du cou-de-pied gauche.

OBSERVATION XII

Arthrite transitoire entre les arthrites inflammatoires et les arthropathies

Mme B..., 56 ans.

Le 10 mai 1924. Syphilis à l'âge de 24 ans.

Opérée d'un néo du sein à l'hôpital de la Charité il y a 14 ans. Aucune trace de récive.



FIG. VII. — Radiogramme du genou : profil : énorme lésion fémoro-rotulienne.
Production ostéophytiques en avant et en arrière de l'extrémité supérieure du tibia.



FIG. VII. — Face : Subluxation du tibia en dehors,
productions ostéophytiques.

Depuis 1914, hydarthrose du genou droit. Aggravation continue. Dans l'ensemble aspect d'arthropathie solide. Genu varum. Mouvements de flexion et d'extension très limités. Pas de mouvement de latéralité. Souffre pendant la marche.

Réflexes rotuliens abolis côté malade, normaux côté opposé.

Traitement par supargyre.

Le 16 juin 1924. A mis 24 supargyres mal tolérés (diarrhées nocturnes). Un peu de soulagement au niveau de l'articulation.

Aspect globuleux (semble plus élargi) d'arthrite déformante.

Genou varum modéré, solidité maintenue.

Circonférence 48 cm. contre 43.

Le genou gauche paraît se prendre.

Traitement : Elixir Deret plus piqûre de bismuth.

Examen radiologique : Lésions prononcées.

De face : L'interligne presque effacé par glissement du tibia en dehors avec déviation de son axe par rapport au fémur, angle à sommet externe.

Différentes zones d'hyperostose sont constatées notamment au niveau des condyles externes du fémur et du tibia.

D'autres régions sont nettement décalcifiées (condyle interne du fémur) et partie profonde du condyle externe du tibia.

De profil : Lésions irritatives au niveau de la rotule et de la trochlée. Aspect de soudure.

En arrière, au niveau du creux poplité, grosse prolifération osseuse, donnant un aspect d'ostéome.

Tels sont les faits que nous apportons :

Voyons maintenant l'enseignement qu'ils comportent.

Sur nos douze cas, une première distinction est à faire suivant qu'il s'agit d'*hérédos-syphilis* ou de *syphilis acquise*.

ARTHRITES CHEZ DES HÉRÉDOS-SYPHILITIQUES.

Obs. III, obs. V, obs. IX et IX bis.

A. Au point de vue début des accidents :

Obs. III : malade âgé de 9 ans.

Obs. V : début de la maladie à 9 ans.

Obs. IX et IX bis : début de la maladie à 6 ans.

B. Au point de vue forme anatomique.

Obs. III : hydarthrose unique du genou.

Obs. V : synovite fongueuse bilatérale du genou.

Obs. IX : hydarthrose bilatérale, puis après une longue accalmie, arthrite légère tibio-tarsienne. (obs. IX bis).

C. Au point de vue radiologique.

Les lésions sont absentes, obs. III, V et IX ; dans l'observation IX bis il y a eu des lésions discrètes de l'interligne tibio astragalien.

D. Au point de vue diagnostic.

Seule l'observation III a été d'emblée mise à sa place.

Les observations V et IX ont été classées dans la tuberculose, ce qui a eu des conséquences fâcheuses au point de vue thérapeutique.

ARTHRITES DANS LA SYPHILIS ACQUISE.

C'est le plus fort contingent parmi les cas que nous avons observés (9 sur 12).

A) Le début des accidents s'est produit :

Quatre ans après l'infection syphilitique (obs. 8).

10 ans environ (obs. 10).

11 ans après, le chancre au cours d'une syphilis silencieuse (obs. 2).

22 ans après l'infection (obs. 12).

Dans tous les autres cas la syphilis ayant été méconnue il est impossible de rien préciser.

B) Au point de vue forme anatomique on trouve :

Hydarthrose solitaire du genou (obs. I et II).

Synovite fongueuse du genou (obs. IV).

Ostéo-arthrite du coude très localisée (obs. VI).

Ostéo-arthrite du coude forme totale (obs. VII).

Ostéo-arthrite du cou-de-pied avec fistule) (obs. X).

Dans deux cas l'ostéo-arthrite révèle des caractères qui la rapprochait des arthropathies.

Genou (obs. XII).

Cou-de-pied (obs. XI).

C) Au point de vue radiologique les lésions étaient nulles dans les formes *hydarthroses* (obs. I et II).

Nulle également dans les formes de synovite fongueuse (obs. IV).

Dans tous les autres cas il y avait des modifications plus ou moins marquées dans le squelette.

Ces modifications avaient même un caractère spécial dans les observations 11 et 12, où il existait des zones de décalcification très étendues et telles qu'on les voit dans les arthropathies.

D) Au point de vue diagnostic, les observations I, II, X avaient été d'abord considérées comme ressortissant à la tuberculose.

Les réactions sérologiques n'ont pas fourni un apport dans tous les cas.

Cependant dans les observations X et XI la réaction a été fortement positive.

La notion à relever est qu'une réaction négative, n'élimine pas à coup sûr la syphilis.

Un critère plus important est fourni par le traitement qui doit être tenté dans tous les cas douteux et qui a donné des résultats dans toutes nos observations.

« Nous avons considéré que même avec des réactions sérologiques négatives, le traitement antisiphilitique devait être tenté, et nous avons admis qu'en cas de succès de ce traitement, la preuve était faite de la nature syphilitique des lésions.

C'est supposer que le mercure, l'arsenic et le bismuth agissent exclusivement dans la syphilis, ce qui est loin d'être démontré ». (Judet).

CHAPITRE II

Les manifestations articulaires dans la syphilis s'observent le plus généralement pendant la période secondaire et pendant la période tertiaire.

PÉRIODE SECONDAIRE

Arthralgies.

Les douleurs se manifestent sur une ou plusieurs articulations sans qu'il existe la moindre lésion articulaire ; elles traduisent l'invasion secondaire, elles peuvent la précéder ou l'accompagner, on les observe avec le maximum de fréquence sur les articulations exposées à la fatigue. Elles sont caractérisées par leur faible intensité et leur irrégularité, s'accroissent par le repos et se dissipent par l'exercice (Fournier), elles cessent complètement après un certain nombre de mouvements, « quand l'articulation s'est dérouillée ». Elles sont plus vives la nuit, l'exploration de l'article est facile et relativement peu douloureux.

Ces divers symptômes : facilité d'exploration, exacerbations nocturnes, raideurs douloureuses

après le repos, font penser à la syphilis; la réaction de B.-Wassermann, et à son défaut le traitement d'épreuve, signent le diagnostic.

Synovites subaiguës. Rhumatismes syphilitiques

Dans cette forme il existe des signes visibles sur l'articulation, qui se traduisent par du gonflement, de la rougeur et une plus grande difficulté d'exploration. Ces symptômes apparaissent peu après ou en même temps que la roséole. Le genou est un lieu d'élection. Elle débute par l'arthralgie qui se montre plus douloureuse la nuit que le jour, puis l'articulation se fluxionne vltôt qu'elle ne se tuméfie (Fournier).

Le maximum douloureux se trouve au niveau des insertions ligamentaires; l'épanchement est peu abondant et l'articulation se mobilise facilement; la température est aux environs de 38°. On observe souvent la guérison spontanée avec persistance d'arthrite sèche.

Le diagnostic se pose avec les arthrites rhumatismales. L'idée de syphilis apparaît à cause du petit nombre d'articulations touchées, de la fixité de la manifestation rhumatismale, du peu d'intensité des douleurs, de leur accroissement nocturne, de la faible température et de l'absence des complications cardiaques. La coexistence d'autres accidents spécifiques, l'examen du sang et le succès rapide du traitement anti-syphilitique après l'échec du salicylate de soude, prouve le caractère syphilitique de ce gonflement articulaire.

Synovites chroniques. Hydarthrose syphilitique secondaire.

Se produisent souvent très longtemps après le chancre, elles apparaissent surtout au genou et peuvent être bilatérales. Elles présentent tous les symptômes de l'hydarthrose ordinaire. La peau a un aspect normal, il existe peu ou pas de douleurs et l'atrophie musculaire est peu marquée, le liquide de ponction n'a pas de caractères spéciaux.

Le diagnostic se traduit par la réaction de Wassermann, positive pour le liquide articulaire et le sang; la guérison est rapide par le traitement approprié.

MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

Il s'agit de lésions qui bouleversent profondément l'articulation, elles sont bien connues depuis les travaux de Richet, de Méricamps et de Fournier. On les divise en deux grandes variétés : l'ostéo-chondroarthropathie et la pérисynovite gommeuse.

Ostéo-chondroarthropathie. Pseudo tumeur blanche syphilitique de Fournier.

Les lésions débutent au niveau des épiphyses. Il s'agit plutôt d'une ostéite syphilitique juxta ou intra articulaire. Rares d'après Fournier mais d'un diagnostic difficile. Par ordre de fréquence les articulations habituellement touchées sont : le genou, le coude, le poignet et la hanche; les articulations mé-

tacarlo-phalangiennes peuvent être également touchées pour donner une forme de rhumatisme déformant (Dufour et Ravina).

Dans l'évolution on distingue d'après Fouquet 3 périodes : Douleurs. — Hyperostose. — Epanchement.

Les douleurs sont surtout nocturnes, elles siègent aux épiphyses, puis la tuméfaction apparaît, l'aspect de la peau reste longtemps normal, les mouvements sont possibles. Enfin apparaît la pseudo-tumeur blanche; il existe des signes d'hydarthrose ordinaire, les mouvements sont limités mais ne sont pas supprimés. On ne constate pas d'attitudes vicieuses, pas d'ankylose précoce, pas de mobilité anormale, pas d'adénopathie, pas de fongosités véritables.

Deux complications peuvent se produire à cette période : l'ouverture d'une gomme dans l'articulation, et la fracture spontanée.

Le diagnostic de la première période est à faire avec toutes les ostéites. Celui de la deuxième période avec l'ostéo-sarcome, c'est la radiographie qui tranche la question.

Le diagnostic de la troisième période est le plus difficile; il faut penser à l'arthrite hémophilique, mais c'est surtout la tumeur blanche bacillaire qui doit être bien différenciée de la pseudo tumeur blanche syphilitique; Fouquet a schématisé les différences cliniques qui existent dans ces deux formes, dans le tableau que nous reproduisons.

Tumeur blanche bacillaire.

Tumeur blanche

Réseau veineux marqué.	Réseau veineux moins marqué.
Gonflement inégal.	Gonflement dur.
Empâtement fongueux.	Fluctuation vraie.
Orifices de fistules fréquents.	Fistules rares.
Adénopathie fréquente.	Adénopathie rare.
Contractures.	Pas de contractures.
Attitudes vicieuses.	Pas d'attitudes vicieuses.
Mouvements très limités.	Mouvements conservés ou simplement gênés.
Douleurs spontanées violentes.	Douleurs nocturnes.
Etat général très mauvais.	Etat général assez bon.
Coexistence de lésions pulmonaires ou laryngées.	Coexistence de lésions syphilitiques tertiaires.
Température au-dessus de la normale.	Température normale.
Pas d'influence du traitement syphilitique.	Guérison assez rapide par le traitement antisypilitique.
	Wassermann positif.

Anatomie pathologique

Synoviale très atteinte.	Synoviale épaissie.
Fongosités.	Pas de fongosités.
Liquide purulent.	Liquide clair.
Séquestres fréquents.	Séquestres rares.
Fusées purulentes dans les diaphyses.	Lésions localisées aux épiphyses.

Syphilis héréditaire

Les lésions héréditaires se manifestent par des lésions osseuses qui envahissent secondairement l'articulation.

A. Précoces.

Chez le nouveau-né et le nourrisson, lésions gommeuses juxta-épiphysaires qui constituent la pseudo-paralysie de Parrot qui se traduit par l'impotence fonctionnelle sans paralysie vraie, des douleurs provoquées par l'exploration, de la tuméfaction et de l'épaississement des épiphyses. Quelques fois il existe de la suppuration péri-épiphysaire, péri-articulaire et même intra-articulaire.

Le diagnostic est à ne pas confondre avec la polyomélite ou avec la maladie de Barlow.

Syphilis héréditaire tardive.

Se manifeste pendant la 2^e enfance ou l'adolescence et peut déterminer l'hydarthrose, l'ostéochondroarthropathie, l'arthropathie déformante.

Hydarthrose.

Serait, pour certains auteurs, un signe très fréquent de syphilis héréditaire. Elle est souvent bi-la-

lérale et indolente. Toute hydarthrose chez un enfant = Wassermann.

Ostéochondro arthropathie.

Ne diffère en rien de celle de la syphilis acquise, les enfants boîtent mais continuent à marcher. Se manifeste de 8 à 13 ans et souvent bilatérale. L'articulation est déformée, globuleuse, peut suppurer par un orifice fistuleux de teinte cuivrée.

Ostéo-arthropathie déformante.

Cette forme est caractérisée par l'augmentation de volume des épiphyses. Il n'existe pas d'épanchement mais une légère limitation des mouvements. Les articulations touchées sont surtout le genou et le coude. Fournier dit de cette hyperostose qu'elle est « irrégulière, étrange, bizarre, parfois même extraordinaire ». On constate des saillies, des mamelons, de véritables apophyses osseuses, peu de douleurs mais des craquements, des attitudes vicieuses, parfois de l'ankylose et de l'atrophie musculaire. Dans ce cas, le traitement anti-syphilitique est peu actif.

Conclusions

I. — La syphilis articulaire s'observe au cours des périodes secondaires et tertiaires de la syphilis acquise.

II. — On la rencontre aussi comme manifestation soit précoce, soit tardive de la syphilis héréditaire.

III. — Au point de vue anatomo-clinique, elle se présente sous les formes suivantes : arthralgies, hydarthrose, synovite fongueuse, ostéo-arthrite, arthrite déformante.

IV. — Au point de vue diagnostic il est essentiel de délimiter les manifestations articulaires syphilitiques des manifestations articulaires tuberculeuses.

V. — Au point de vue traitement les lésions sont souvent très tenaces; il importe de les attaquer successivement par les différents médicaments anti-syphilitiques (mercure, arsenic, bismuth).

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

F. LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

LAPIE

Bibliographie

- DEFONTAINE. — De la syphilis articulaire (1883).
- DUFOUR. — Etiologie syphilitique du rhumatisme déformante. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 12 mars 1915.
- DUFOUR HENRI. — Les arthrites syphilitiques et le rhumatisme polyarticulaire déformant syphilitique. *Revue Médicale Française*, décembre 1924.
- FOUQUET. — Hérédo-syphilis tardive, hydarthrose bilatérale, Société de dermatologie, 1913.
- ED. FOURNIER. — Du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de l'hérédo-syphilis. Société de dermatologie et de syphiligraphie, Paris 1922.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, Paris 1899.
- Mme GEISMAR. — Le rhumatisme polyarticulaire chronique, progressif, déformant, syphilitique. Thèse de Paris, 1922.
- HARVIER et BARIÉTY. — Ostéo-arthrite syphilitique du genou évoluant sous forme d'hydarthrose chronique depuis 17 ans, formule polynucléaire de l'épanchement. *Paris Médical*, 28 février 1925.
- MATHIEU-PIERRE WEIL et PIERRE BOURGEOIS. — Quelques aspects cliniques des manifestations articulaires de la syphilis tardive. *Presse Médicale*, 25 avril 1925.

MÉRIACAMP. — Contribution à l'étude des arthropaties syphilitiques tertiaires. Thèse Paris, 1882.

SERGEANT. — Traité de Médecine (syphilis).

VAGNON A. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique. Thèse Lyon, 1924.

WIDAL ROGER et TESSIER. — Traité de Médecine, tome XXII.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES
